

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIV MADRID I.º DE NOVIEMBRE DE 1900 NÚM. 321

El Dr. Alabern, Médico de Cámara.

El nombramiento del Médico mayor D. José Alabern y Raspall para Médico de Cámara de S. M., es un acontecimiento digno de ser celebrado por el Cuerpo de Sanidad Militar, á que aquél pertenece. El que honra á los suyos, se enaltece á sí mismo.

No teman nuestros lectores que la amistad, casi fraternal, que profesamos al ilustre compañero, nos haga traspasar, en la apreciación de sus méritos positivos para el cargo que se le ha conferido, los límites estrictos de la justicia. Es hombre que, con sus raras cualidades, deja ancho margen, siempre dentro de la verdad, á los propios escarceos de la imaginación más entusiasta de su persona.

¿Cómo ha llegado á ese alto puesto? Sólo. Es decir, por su propio valer, por el concepto unánime de todos los que le conocen y han podido hacer oír su voz allí donde se ha menester, por una especie de sufragio universal, en cuanto ciertas cosas son susceptibles de esta forma democrática de elección. Nada de gestión personal; nada de influencias políticas; mucho menos de intrigas de cierto orden, que repugnan grandemente á su naturaleza. La opinión pública, en el sano sentido de la palabra; el voto mental de todos, que en su fuerza expansiva y transcendente llega, á veces, hasta las alturas: hé aquí el motivo real y eficiente de su elección.

Habrá quienes, no conociéndole, se resistan á creer en esa espontaneidad, tratándose de puesto tan codiciado. Pero ésta es la verdad. El hombre es así. Habrá Médicos más esclarecidos, ó, por mejor decir, más glorificados; pero no hay, seguramente, en la

clase militar ni en la civil, ninguno menos discutido. Este es uno de sus muchos talentos: valer y no despertar en los demás ningún linaje de prevención, gracias al respeto cuidadoso que siente y rinde á los méritos de todos. Por otra parte, no discutiremos si entre los Médicos que pudieran haber aspirado á ese alto puesto, habríalos más sabios, ó más cortesanos, ó más aptos en un determinado ramo del saber; lo que sí nos atrevemos á decir es que no es fácil hallar un espíritu más completo, más armónico, más esférico, si vale la frase, más equilibrado en la justa ponderación de sus potencias y facultades como el del Dr. Alabern. Hé aquí, en nuestro sentir, el secreto de su superioridad, de sus triunfos sociales y profesionales, y, sobre todo, de su excepcional aptitud para el cargo que se le ha confiado.

No es extraño, entre los hombres superiores precisamente, encontrar gentes de cierto desequilibrio mental en facultades y aptitudes. Unos que, á disposiciones intelectuales de primer orden, unen cualidades morales poco en armonía con su inteligencia; otros que, con aptitud extraordinaria para una suerte de conocimientos, carecen de capacidad para otra clase de trabajos. Y de tal manera es cierta y se acentúa en la observación de la realidad la escasez de esos espíritus sanos, armónicos y bien ponderados, que ha llegado á señalarse el hecho por algunos psicólogos modernos como un signo de decadencia, como una forma neurasténica de degeneración social ó colectiva, propia de los tiempos que corremos.

Dejando aparte lo que haya de cierto en esta teoría, y aceptando sólo como verdadero el hecho á que nos referimos, es indudable que hay pocos cargos en el ejercicio de la profesión médica que, como el de Médico de Cámara, exija tanto esa cabal ponderación de facultades y un cúmulo tan grande de condiciones de carácter, de aptitudes científicas y de conocimientos prácticos profesionales. Pues bien; nuestra opinión sincera, desinteresada, no influida por la amistad ni el compañerismo, es que pocos, muy pocos, reúnen esta serie de aptitudes en la forma y grado que el Dr. Alabern.

Modesto hasta la exageración; laborioso hasta consagrar su vida entera al trabajo y al estudio; bondadoso; de una rectitud moral rayana en lo caballeresco; con una voluntad indomable, incapaz de transigir con nada que no sea levantado y justo; sencillo en sus costumbres y en su trato; atento y respetuoso con los de arriba, pero más inclinado á ser indulgente y afectuoso con los de abajo; espíritu vivo, de clara y pronta percepción, que posee de modo maravilloso la facultad de hacerse cargo de la realidad sin esos obscurecimientos imaginativos que malogran el talento de muchos; con aptitudes varias, cerebrales y manuales; sabio y artista; Médico de clínica, de anfiteatro y de laboratorio, á la vez; especialista y enciclopedista; hombre, en fin, en quien por rara casualidad del destino se han dado simultáneamente un corazón de niño, un cerebro de sabio y un alma templada en el ideal de las más altas virtudes sociales y profesionales.

No hay que extrañar, pues, que con este conjunto de cualidades personales, positivas, reconocidas por todo el mundo, difundidas principalmente entre las clases militares, desde el simple soldado á los que ocupan las primeras jerarquías del ejército, haya recaído en él de modo espontáneo, sin solicitud alguna de su parte, la alta distinción de que ha sido objeto.

Réstanos felicitar calurosamente al Sr. Alabern, y felicitarnos á la vez á nosotros mismos, ya que con ese título más, alcanzado por nuestro querido compañero, á la vez que se enaltece á su persona, se honra al Cuerpo de Sanidad Militar, á que todos pertenecemos.

C. I. DE ALARCÓN.



XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

SECCIÓN DE MEDICINA Y CIRUGÍA MILITARES

Procedimientos extemporáneos de purificación de las aguas.

—El procedimiento de elección para purificar las aguas destinadas á las tropas en marcha, debe ser, á la vez, sencillo, rápido, eficaz y poco costoso.

De todos los procedimientos, uno de los más eficaces es la ebullición. Tiene el inconveniente de exigir tiempo y necesitar el empleo de combustible; además, priva al agua del gas que tiene en disolución y le presta un sabor poco agradable. En cambio, la seguridad que confiere es absoluta. Los gérmenes patógenos primordiales del agua (*B. tífico*, *B. coli*, etc.), se destruyen á 100°. La ebullición no exige aparatos especiales; son suficientes los utensilios que se usan para las bebidas culinarias. Para hacerle perder el sabor desagradable, y no tener necesidad de esperar á que se enfríe por completo, puede recomendarse el uso de las tisanas ó del café poco cargado.

Los filtros más empleados son los sistemas Berkefeld y Pasteur; su valor es casi idéntico, y su aprovechamiento está en razón directa de la presión del líquido, y en razón inversa de la duración de su funcionamiento; de aquí la necesidad de limpiarlo con tanta más frecuencia cuanto más impura sea el agua. Estos filtros, aun cuando estén escrupulosamente esterilizados, jamás dan un agua rigurosa y constantemente aséptica, y al cabo de algunos días es preciso esterilizarlos de nuevo. Dos procedimientos se emplean con este fin: el primero es el calor; es el mejor, pero también el más largo, y difícilmente aplicable en campaña; el segundo procedimiento (*Guinochet*) está basado en el empleo del permanganato de potasa; es más rápido, más práctico, pero no da una esterilización absoluta; sin embargo, me parece suficiente, toda vez que siempre pasan algunos gérmenes, aun cuando la esterilización haya sido perfecta. En general, los filtros son excelentes aparatos, tanto mejores cuanto más sencillos, pero necesitan una gran vigilancia, difícil de ejercer en campaña.

Los principales procedimientos de purificación de las aguas por medios químicos, están basados, unos, en la precipitación de ciertos elementos que llevan consigo los microorganismos (estos procedimientos son insuficientes); otros, en el empleo de cuerpos oxidantes, tales como el permanganato de potasa, de cosa ó de cal, ó también de bromo, etc. Entre estos últimos, el procedimiento de Schipiloff con el permanganato de potasa me ha dado muy buenos resultados; pero en ciertos casos la dosis de permanganato debe ser más fuerte que la indicada por el autor. El procedimiento Lapeyrière, que coloco entre los químicos más bien que entre los de filtración, es un derivado del precedente. La conclusión de los estudios de que ha sido objeto lo coloca entre uno de los mejores procedimientos que poseemos; es práctico, muy sencillo, muy rápido y poco costoso. Según los trabajos de Laveran y Hanriot, esteriliza bien el agua. En estas condiciones me parece preferible á los filtros-bujías; su rapidez y su simplicidad le hacen superior al empleo de la ebullición.

Otro procedimiento que me parece tan bueno como el precedente, es el de Schumburg. Según los trabajos de que ha sido objeto, y que he tenido ocasión de comprobar por mí mismo, destruye el b. tífico, el coli-bacilo y el spir. del cólera. Consiste en adicionar al agua cierta cantidad de una solución bromurada de bromo; el exceso de bromo se destruye en seguida con una mezcla de sulfito de sosa y de carbonato de sosa. El empleo de este método es sencillo, eficaz, rápido y poco costoso; creo que está llamado á obtener un éxito real.

Conclusiones.—Los procedimientos de Lapeyrière y de Schumburg son los que creo que merecen la preferencia. Son más eficaces que los filtros, tan rápidos como ellos, no necesitan ni aparatos ni entretenimiento, son más seguros, como medios de esterilización, que la ebullición, y emplean menos tiempo. A falta de estos procedimientos pueden emplearse la ebullición ó la filtración: la primera cuando se necesite una esterilización perfecta del agua (epidemias); la segunda cuando el estado sanitario es satisfactorio y se desee obtener rápidamente grandes cantidades de agua para el consumo.

Mr. Vincent,
(de Amberes).

* * *

Etiología y profilaxia del acceso hemoglobinúrico.—Las opi-

niones de los diversos autores que se han ocupado de la etiología del acceso hemoglobinúrico pueden dividirse en tres grupos. Los unos consideran á esta afección como una de las manifestaciones del paludismo; los otros le niegan todo elemento malárico y hacen de ella una afección esencial, endémica en ciertos países; en fin, para los últimos es el resultado de una intoxicación quínica.

Si el acceso hemoglobinúrico fuera de naturaleza puramente palúdica, debería presentarse con más frecuencia en el período agudo del paludismo, cuando los accesos son más graves y es mayor el número de atacados. Por el contrario, se muestra de preferencia después de la mala estación, en la época en que no se observa más que la fiebre intermitente crónica. Si el hematozoario fuera el único agente, no se explica por qué jamás provoca la hemoglobinuria en el primer acceso de fiebre, ni por qué es tan raro este accidente en los indígenas de la costa de África, que son víctimas del paludismo, tanto como los europeos, sobre todo en su juventud. En fin, si el parásito de Laveran fuera la causa inmediata del acceso hemoglobinúrico, se le podría encontrar con más facilidad en la sangre de los enfermos.

Otros observadores quieren hacer de esta afección una enfermedad especial, que no se presenta más que en ciertos parajes y bajo ciertas influencias. Se apoyan, sobre todo, en los dos argumentos siguientes: no existe en todos los países palúdicos; la quinina no tiene ninguna acción útil en su tratamiento. Yersín ha encontrado un microbio en la orina de los hemoglobinúricos.

Dicha enfermedad, en efecto, no se presenta en todos los países palúdicos, pero ha sido señalada en todas las regiones en que el paludismo adquiere esa forma grave que se observa en los trópicos; así sucede en el África. También se ha señalado en las Antillas, la América central, Méjico, la Guyana, el Brasil, las Hébridas, las islas de la Sonda, el Tonkin, la Cochinchina, Birmania y la India; en Europa, se ha presentado raras veces en Sicilia, Italia, Grecia, las riberas del Danubio y el Cáucaso. El microbio de Yersín jamás se ha vuelto á encontrar, y sólo por referencias puedo citar los parásitos que han descripto ciertos autores en la sangre de los hemoglobinúricos.

La tercera opinión es ciertamente la que más satisface y concuerda mejor con los hechos. Las experiencias de Tomaselli, Carreau, Yersín y Dumas no dejan ninguna duda sobre la posibilidad de provocar la hemoglobinuria por la quinina.

Entre las muchas objeciones que se han hecho á la opinión que consideraba á la quinina como causa del acceso hemoglobinúrico, sólo citaremos dos: Primera. Los enfermos llegan generalmente al hospital con la hemoglobinuria ya establecida, y es siempre difícil conocer su génesis exacta por referencias; Segunda. La quinina administrada algunas veces *larga manu* como tratamiento, no ha impedido curar á cierto número de enfermos.

Pero es que la quinina no basta para producir la hemoglobinuria; es preciso también que el enfermo sea portador de lesiones, pasajeras generalmente, duraderas muchas veces, que favorecen la acción tóxica del medicamento. Los accesos de fiebre repetidos y mal cuidados son la causa más ordinaria de estas lesiones. Sólo á consecuencia de una serie más ó menos larga de accesos de fiebre, aparece un día la hemoglobinuria después de la administración de una dosis de quinina.

De suerte que, por extraño que pueda parecer tal razonamiento, los mejores medios profilácticos que deben emplearse para evitar el acceso hemoglobinúrico son el uso de la quinina preventiva y el tratamiento racional de los accesos palúdicos, cuando, á pesar de todo, aparecen.

Mr. E. Marchoux.

*
**

Heridas por balas de fusil de calibre reducido. Resultados observados en la campaña de Santiago de Cuba.—La comunicación presentada por el Médico militar Lagarde, está basada sobre las observaciones de 1.400 heridos de fusil Mauser español durante la guerra hispano-americana.

Dichas observaciones, recogidas sobre el campo de batalla, las expone del modo siguiente:

1.^a *Shock*.—El shock provocado por la herida aumenta con la velocidad y el área de sección del proyectil. Las experiencias han demostrado que el shock, con la bala de calibre reducido, es menor que con los antiguos proyectiles de plomo. Muchos Cirujanos han sostenido que la bala acorazada y de pequeño calibre no tiene poder suficiente para impedir que los heridos sigan, por el pronto, combatiendo por las molestias que les proporcione su lesión, y por lo tanto sería suficiente este argumento para no adoptarlas. De las manifestaciones que he recogido acerca de este punto, interrogando á los Oficiales que asistieron á los combates de Santiago, resulta,

como regla general, que casi todos los heridos caían á tierra al recibir el balazo. La impresión general era que la bala Mauser posee un poder de detención del combatiente suficiente para la guerra.

2.^a *Efectos explosivos.*—Los terribles efectos explosivos, universalmente observados en experiencias hechas con estos proyectiles sobre objetos animados é inanimados, han sido muy rara vez apreciados en campaña. Esto parece estar en contradicción con la noción establecida experimentalmente de la producción de efectos explosivos hasta los 400 metros. Tal discrepancia se explica considerando que el terreno sobre el que tuvieron lugar los combates era desigual, rocoso y cubierto de árboles; por lo tanto, es lógico presumir que la velocidad de las balas al herir, lo hicieran habiendo perdido previamente mucha fuerza. Prueba este aserto la elevada proporción de balas que quedaron en el foco traumático (10 por 100 de los heridos), y además las numerosas deformidades observadas en estos proyectiles recogidos, que demostraban los rebotes que habrían sufrido.

3.^a *Heridas de las partes blandas.*—Gracias á su pequeña sección, la bala Mauser causa en las partes blandas de las heridas el mismo diámetro que el suyo. Los orificios de entrada y de salida y el trayecto intermedio curan rápidamente. La infección se notó rara vez, y cuando tuvo lugar se advirtió invariablemente, al nivel del orificio de salida, una escara ó unas gotas de pus bajo una costra.

4.^a *Hemorragia.*—Habart, Cirujano general del ejército austriaco, que es entre los experimentadores el que ha dedicado especial atención á las heridas vasculares, señala que «los vasos se desgarran pocas veces por los pequeños proyectiles acorazados, y cuando así ocurre no se obliteran tan fácilmente como ocurría con los proyectiles antiguos». De este dato, los autores han deducido que las hemorragias primitivas alarmantes ó fatales no serían raras en las guerras futuras. La experiencia de la campaña de Santiago no ha confirmado estos asertos. Sobre 1.400 heridos, ninguno murió de hemorragia externa, y no fué necesario practicar sobre el campo de batalla ninguna ligadura por hemorragia.

La femoral, la ilíaca externa, la cubital, fueron ligadas cada una una vez, por aneurisma difuso; la radial y la subclavia lo fueron dos veces, por los mismos motivos. Cinco casos de gangrena por herida de los vasos reclamaron la amputación.

5.^a *Diáfisis.*—Por regla general, las fracturas de las diáfisis por

balazos fueron conminutas. Numerosas perforaciones completas y surcos sin fractura fueron observados.

Rara vez fué necesario ampliar las heridas con lesión de hueso para extraer esquirlas separadas, debiendo atribuirse los pocos casos de fracturas con gran fragmentación á la débil fuerza de los proyectiles, por consecuencia de la distancia de la línea de fuego y de los rebotes sobre el terreno.

6.^a *Articulaciones.*—En las heridas de las principales articulaciones con lesión de las epifisis, la perforación neta sin fractura fué la regla. Como prueba de la benignidad de las heridas articulares por balas de calibre reducido, puede citarse que de 17 hombres heridos en la rodilla, señalados en la memoria anual de 1899 del Cirujano general, 14 volvieron al servicio, y los otros tres fueron dados por inútiles: ninguna amputación y ninguna muerte.

7.^a *Cabeza.*—En 31 heridos por bala en la cabeza, la mortalidad fué de 58·1 por 100. Algunos eran notables por la extensión de la fractura del cráneo y la dislaceración de la masa encefálica. Sin duda se trataba de heridas producidas á corta distancia. Otras se distinguían por la limpieza de la perforación craneana en los puntos de entrada y de salida, y sorprendían por los pocos síntomas cerebrales, habiendo sido probablemente originadas por balas disparadas á gran distancia.

Las fracturas en canal muestran una fragmentación extensa en la lámina interna. Un caso notable de alojamiento de la bala es el de un individuo en el cual una bala de Mauser entró por encima del ojo izquierdo, y permaneció alojada, como lo mostró la radiografía, sin provocar síntomas de parálisis quince meses después de la herida.

8.^a *Tórax.*—53 heridas penetrantes de pecho fueron observadas, con una mortalidad de 24·5 por 100, mortalidad más de la mitad inferior á la observada en la guerra civil. Este feliz resultado es principalmente debido al pequeño calibre de la bala y á ésto es debido atraviere sin obstáculos el pulmón, cuyo tejido le opone muy débil resistencia, de donde resulta la poca probabilidad de producción de efectos destructores.

Aunque más de la mitad de los heridos penetrantes de pecho hayan vuelto al servicio, cierto número de ellos presentaron complicaciones que merecen ser mencionadas. Greenleaf, en 24 casos, ha observado un 37 por 100 de complicaciones. También llama la atención sobre este hecho, haciendo notar que las heridas penetran-

tes del tórax no son tan insignificantes como algunos han creído.

Abdomen.—Las heridas penetrantes del abdomen fueron muy graves. Sobre 41 heridos, 29 murieron. Tres laparotomías practicadas en el hospital de la primera división tuvieron un fatal resultado. La muerte resultó del shock ó de la hemorragia, factores habitualmente observados en la zona explosiva.

Los Cirujanos pronosticaron, desde un principio, estos casos como desesperados.

Por otra parte, los 12 casos terminados por la curación fueron atribuidos á los proyectiles disparados desde larga distancia, ó á balas cuya velocidad había disminuído, por atravesar previamente algún obstáculo en su trayectoria. Los bordes de las heridas del intestino delgado estarían muy probablemente cerrados por la yuxtaposición de sus labios, de donde la curación sin complicaciones inmediatas; y, bajo este punto de vista, debo relatar que el ejército había tenido raciones escasas durante los tres días que precedieron á la batalla.

Los pedazos de vestidos ó de otras substancias, susceptibles de producir infecciones, no fueron arrastrados en las heridas, cuyo resultado concuerda con los obtenidos por los experimentadores.

La importancia de los rayos X para el diagnóstico fué desde un principio reconocida por el Cirujano general Sternberg, que hizo colocar un aparato en el barco-hospital *Relief* y otro en el hospital general de Key-West, con el personal apto para los trabajos radiográficos.

Sin el empleo de los rayos X no se hizo ninguna tentativa de localización de proyectiles alojados en las heridas, habiéndose dado la orden al hospital divisionario de reserva de no extraer los proyectiles, excepto en casos de urgencia, en razón del tiempo y del trabajo que semejantes intervenciones reclaman.

La importancia de la radiografía y de la radioscopia fué demostrada por:

- a) La localización de proyectiles.
- b) La determinación de la extensión de las lesiones óseas, sobre todo en la vecindad de las grandes articulaciones.
- c) El reconocimiento de los surcos y de las perforaciones en los huesos largos sin fracturas.
- d) El descubrimiento de esquirlas enclavadas en los nervios y los tendones.

La utilización ulterior de los rayos X permitió interpretar los

efectos consecutivos, tales como parálisis, neuritis, pérdida funcional, etc.

En ciertas circunstancias, la radioscopia debería ser utilizada desde el principio para determinar lo que convendría hacer, con el fin de prevenir determinados desórdenes, que más tarde son difíciles de corregir.

La estadística, según las diversas regiones del cuerpo de heridos, muertos sobre el campo de batalla, correspondiente á 64 casos, es la siguiente:

- 26 heridos de cabeza.
- 19 id. penetrantes de vientre.
- 17 id. id. de pecho.
- 1 id. de muslo.
- 1 id. de pierna.

Mr. L. Lagarde.
(de los Estados Unidos).



Prensa y Sociedades médicas

Heridas de bala en la guerra Sud-africana.—Interesante, y al mismo tiempo instructivo, sería poder determinar con precisión la naturaleza exacta de las heridas por arma de fuego que producen la muerte. Los pacientes que fallecen en los hospitales algún tiempo después de haber sido heridos, permiten esta determinación; pero en aquéllos que mueren sobre el campo mismo de batalla—la inmensa mayoría—, los datos son necesariamente escasos ó faltan por completo. Después de la mayor parte de las batallas, la superioridad agota sus esfuerzos enterrando los muertos, cosa que á veces hasta tropieza con grandes dificultades para ser llevada á cabo. Creo que será difícil á los Médicos conseguir informes fidedignos respecto á la naturaleza de las heridas que han tenido fatal resultado.

Por regla general, y como lo demuestran ampliamente los casos descriptos, llama fuertemente la atención la gran proporción de heridas inócuas ó casi inofensivas producidas por el proyectil Mauser. La cabeza, el tórax, el abdomen, pueden ser y han sido, en efecto, atravesados, sin que la herida fuera mortal, y en un gran número de casos, sin dejar tras sí alteraciones permanentes de ninguna es-

pecie. Notable es la rápida curación de la herida externa que cierra bajo una costra negruzca. Esta propiedad, característica de la herida externa en los lesionados por el proyectil Mauser, no difiere en grado alguno de la que se observa en las heridas inferidas por las balas Lee-Metford, recibidas por los boers, que tuve ocasión de ver en Jacobsdal. Sin embargo, gran número de estas últimas heridas supuraban, y como la diferencia entre ambas balas es mínima, la de los resultados debe atribuirse, á mi juicio, en gran parte, á la circunstancia de que nuestros heridos (los ingleses), fueron atendidos inmediatamente de recibir la lesión, aplicándose el paquete de curación individual. En una de mis cartas anteriores llamaba la atención sobre la manera cuidadosa y eficiente con que llegaban vendados los heridos á las primeras instalaciones sanitarias.

Los soldados ingleses han recibido del «Real Cuerpo de Sanidad del Ejército» buena instrucción sobre la manera de aplicar el paquete de curación individual, que todo soldado lleva consigo, y á juzgar por el modo con que los hombres hánse aplicado estas curaciones ó se las han hecho poner por sus camaradas en ausencia del Médico, hay que convenir que la enseñanza dada no ha sido improductiva, pues los buenos resultados han sido muy apreciables.

Se ha demostrado que es posible curar de graves heridas viscerales, de una manera que nunca fué observada en las idénticas producidas por proyectiles más pesados, empleados en las guerras pasadas. En esta campaña, lo mismo que en las pasadas, se ha puesto en evidencia el ínfimo daño causado por las poderosas piezas de artillería, aun cuando soy de opinión que se esperaba demasiado de los últimos adelantos introducidos en esta arma. El fuego de fusil y no el de artillería es, en resumen, el que hiere y mata. El proyectil Mauser perfora los huesos—aun el tejido compacto de la diafisis—sin producir fracturas completas, en mayor proporción de lo observado hasta la fecha.

Frecuentes han sido las heridas de los nervios y vasos sanguíneos.

Particular carácter de las heridas de los nervios, es que en muchos casos la bala ha perforado el nervio sin dividirlo por completo, dejando á ambos lados tiras de tejido intacto, y ésto lo he observado en nervios tan pequeños como el radial y el mediano.

En muchos casos de herida arterial, notable ha sido la escasa extravasación sanguínea, y con frecuencia háse observado la herida de gruesos vasos sin resultado fatal inmediato.

Heridas del cuello.—He visto muchos casos en que los proyectiles han atravesado el cuello de parte á parte y en todas direcciones sin que sobrevinieran consecuencias graves, siendo de notar que órganos importantes parecen haber escapado ilesos, por más que á todas luces se encontraran en el trayecto recorrido por la bala.

Heridas del tórax.—En esta región se encuentra caso tras caso de convalecientes de heridas de bala que han atravesado uno, y á

veces, hasta los dos pulmones. Se ha encontrado con tanta frecuencia que el corazón y el pericardio se hallaban en la dirección del trayecto de la bala, que es probable que estos órganos hayan sido perforados. En algunos casos el tórax y el abdomen han sido perforados en conjunto sin ningún resultado inconveniente.

Heridas del abdomen.—En muchos casos los soldados hacía horas que no comían ó bebían cuando fueron heridos.

En estos casos, es de suponer que las heridas del intestino, al igual que las de la piel, han de haberse aglutinado y cerrado antes que pudiera ocurrir la menor extravasación de materia fecal. En algunas ocasiones, pero seguramente raras, el proyectil puede atravesar el abdomen sin herir las vísceras, pero tales casos son, á mi juicio, contados, y no bastarían para explicar el gran número de curaciones de heridas perforantes del abdomen, en la mayor parte de las cuales deben de haberse producido lesiones viscerales.

El hígado, riñones, estómago y vejiga han sido heridos sin resultado fatal.

He visto varios casos favorables de laparotomía, y conozco mucho mayor número de desfavorables; la herida ha sido irremediable en muchos. En gran número había pasado demasiado tiempo y existían otros inconvenientes insuperables. Sea de ello lo que fuere, opino que el solo hecho de la penetración del abdomen por un proyectil Lee-*Metford* ó *Mausers*, no constituyen indicación suficiente para una intervención exploradora ú operatoria. He visto tantos casos de esta naturaleza curarse sin intervención operatoria, que me parece prudente detenerse antes de exponer á un herido á los riesgos inevitables que fatalmente acompañan á una exploración de esta clase.

Las ambulancias, que constituyen el lugar donde esta clase de operaciones deberían practicarse en mejores condiciones, á causa del breve tiempo transcurrido desde la producción de la herida, se encuentran bajo otros puntos de vista, en circunstancias muy desfavorables. Desde luego, hay que tratar gran número de heridos, lo que concede poco tiempo para exámenes minuciosos y operaciones largas. En muchas partes las terribles tormentas de tierra y la peste de moscas, hacen imposible ponerse en condiciones de asepsia. Por otra parte, si se transportan los heridos del abdomen á los hospitales de evacuación, donde numeroso personal, equipo más perfecto y más tiempo permiten verificar estas operaciones en condiciones necesarias, el éxito, la mayor parte de las veces, es dificultado por el tiempo transcurrido. No creo que lo que puede llamarse cirugía abdominal precoz, tenga las probabilidades de éxito que le deseamos todos; así como tampoco tienen mayores esperanzas las intervenciones tardías.

Al tomar una determinación en cualquier caso, no debemos, pues, ignorar que hay muchas heridas del abdomen que se curan sin operación alguna, que sólo justifica la presencia de una seria he-

morragia interna ó de peritonitis. Hay que recordar también que estas operaciones han de verificarse en ambientes poco apropiados para tener probabilidades de éxito.

Heridas de los huesos.—Aun cuando ya las he mencionado, deseo agregar algunas observaciones con respecto á las que producen fracturas del fémur. Las heridas de bala del fémur son de pronóstico tanto más favorable cuando menos largo es el transporte sufrido por los heridos. Muchos pacientes han sido evacuados necesariamente á largas distancias, y espero que cuando se publiquen las estadísticas de la guerra, se comprobará que han seguido mal.

El tratamiento ideal para las fracturas del fémur por arma de fuego, según me lo manifestó un Médico militar, sería levantar una carpa sobre el sitio en que hubiera un individuo caído, á fin de no moverlo. Recuerdo que el veterano Stromeyer, Cirujano consultante en aquél entonces del tercer Cuerpo del ejército alemán, me expresó esta misma idea en Flonig, cerca de Sedan, durante la guerra de 1870 á 1871. El aparato de extensión de Hodgen parece haber dado excelentes resultados en Wynberg, y es quizá el menos incómodo para los pacientes.

Respecto al poder de detención de los proyectiles Mauser y Lee-Metford, es indudable que puede un hombre recibir una herida de las partes blandas de cualquier parte del cuerpo y seguir bien por muchas horas aún. Puede aún por algún tiempo sostenerse después de recibir un balazo en el pecho ó haber sufrido una fractura por arma de fuego de una extremidad superior, pero salvo éstas, y una ó dos excepciones más, su capacidad, como combatiente, después de herido, es prácticamente nula.

(*The Lancet*).

* * *

Gastro-enterostomía.—El Dr. Calvo presentó á la Academia una operada por el Dr. Guedea, Catedrático de Clínica Quirúrgica, la cual fué examinada por los Sres. Académicos, y leyó la siguiente historia clínica de la misma:

M. G., de 20 años, soltera, amenorréica, sin antecedentes hereditarios. Hace ocho meses, comenzó á padecer trastornos digestivos, vómitos alimenticios, en ocasiones mezclados con escasa cantidad de sangre, y persistentes hasta la fecha, que son exclusivamente alimenticios.

Colocada en decúbito supino, nótase á la inspección del vientre, ligero abultamiento en la parte inferior del reborde costal izquierdo, inmediación del hipocondrio, que no se modifica con los movimientos respiratorios, y que no merece el nombre de tumor. La palpación aprecia ligera resistencia, profunda, análoga á la que diera una víscera blanda y movable.

La percusión da resonancia timpánica en el espacio de Traube, y se prolonga hasta dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. La succión del tronco da muy exagerada sensación de

oleada, acompañada de ruido hidro-aéreo, en las regiones apun-
tadas.

El cateterismo del estómago permite fácil y extensa penetración de sonda blanda, y la insuflación de aquél produce el ruido hidro-aéreo, muy acentuado, y hace prominentes las regiones donde los síntomas se localizan hasta la umbilical, señalándose á través de las paredes abdominales un tumor de resonancia timpánica y de forma vagamente parecida á la del estómago, cuyos límites inferiores se marcan á tres traveses de dedo por debajo del ombligo. Esta exploración termina por vómitos de materias alimenticias en gran cantidad, mezcladas con abundantes líquidos. Lengua húmeda, aplanada y sin especial alteración. Vómitos de materias alimenticias, producidos, en ocasiones, diariamente; otros, cada tres ó cuatro días, y siempre tardíos, á lo menos seis ó más horas después de la ingestión de alimentos. Estreñimiento no muy pertinaz; materiales duros; á veces defeca todos los días; otras pasan hasta ocho sin deposición. Escaso apetito. Pulso pequeño, blando y frecuente. Respiración normal. Las demás funciones no ofrecen tampoco perturbación apreciable.

El análisis del jugo gástrico acusó hiperclorhidria muy ostensible, 4 por 1.000; no hay ácido láctico.

Se diagnosticó de *gastro-ectasia*, sospechando la existencia de estrechez pilórica cicatricial.

Se la dispuso plan dietético y farmacológico, sin que se obtuviera gran alivio, dándola de alta el 11 de Abril.

No tardó en volver á la clínica, pidiendo con empeño ser operada, porque las perturbaciones se habían acentuado en los días que estuvo fuera, y con ellas progresaba la demacración de manera alarmante.

Se decidió la operación para el día 9 del corriente, siendo de antemano preparada con purgantes, dieta de leche hervida, benzo-naftol, suspensión de todo alimento y bebida diez ó doce horas antes de la operación, é inyección de suero artificial. Baños y compresas antisépticas abdominales.

Practicóse la gastro-enterostomía con todos los detalles del procedimiento de Roux, ó gastro-enterostomía en Y, transmeso-cólica posterior, con puntos de fijación mesocólico-gástricos y tres planos de suturas en las anastomosis. No hubo que ligar vaso alguno. No se derramó una gota de líquido en el peritoneo, encomendándose la coprostasia á las pinzas de Doyen, revestidas, para los cabos intestinales; y á los dedos del ayudante de Clínicas, Dr. Rodríguez Redondo, la del estómago; una gota de jugo gleroso asomó al incidir éste, que fué prontamente separada.

El tiempo de abrir el mosocolon transverso sin perforar la cavidad posterior de los epiploones por delante, puede ofrecer pequeña dificultad para distinguir cuando aquél está totalmente perforado sin punto de apoyo, como no sea el estómago, y en este caso, con pequeño riesgo de lastimar la serosa de éste. Para persona poco

experta puede ser otra dificultad la perforación de la pared del estómago y del intestino, porque es tan laxa la adherencia de la mucosa á la muscular, que podría ocurrir se pensase en haber penetrado en la cavidad, cuando se estaba entre las túnicas muscular y mucosa, á semejanza de lo que alguna vez se cuenta ha ocurrido en la traqueotomía.

El Dr. Guedea cree, sin embargo, que á tan sencilla dificultad no puede darse importancia. Se la inyectaron durante la operación 300 gramos de suero artificial en dos veces. Reaccionó relativamente pronto; á las seis de la tarde, seis horas y media después de la operación, tenía 36°,8 y 77 pulsaciones; durante la noche vomitó una vez, última hasta el día de la fecha. (Ha estado sometida, como algunos otros operados, á los vapores de vinagre, según los consejos de Lewin, á fin de contener los vómitos, y parece obtenerse algún resultado). Quejábase de dolor en el vientre, y manifestábase éste sensible al tacto en las fosas ilíacas. Se la inyectaron otros 300 gramos de suero.

Síguense en los días subsiguientes, desde el 10 al 15, haciéndosele inyecciones de suero.

En los días 16, 17, 18 y 19, la temperatura oscila entre 37°,3 y 36°,8 y entre 83 y 76 pulsaciones. Se levanta el apósito el 17, encontrando cicatrizada la herida sin el menor exudado, hasta el punto de que deslizan las gasas sobre el vientre como si no hubiese herida. El 16 se le disponen dos huevos pasados por agua, además de la leche y caldos, con algunos trozos pequeños de pan. En el de hoy ha tomado dos cucharadas de leche y caldos con jugo de carne cada dos horas, alternando, y cuatro huevos pasados por agua, con pequeña cantidad de pan. Ha defecado con regularidad, faltando algún día; los materiales son de color y consistencia normales; tiene sensación de apetito. El pulso es bastante lleno, teniendo en cuenta su anterior estado. No ha vuelto á vomitar desde el día de la operación, y se levanta el 22. Continúa alimentándose gradualmente sin perturbación alguna, y hoy, 2 de Junio, recibe el alta.

(*Real Acad. de Med. de Madrid*).

*
*
*

Fersan.—La última preparación ferruginosa, es el fersan, que se produce sometiendo á la centrifugalización la sangre batida, y tratando con ácido clorhídrico concentrado los glóbulos rojos aislados. Se forma una base y una albúmina ácida que contiene todo el hierro y el fósforo. Es un polvo de color de chocolate, de sabor ligeramente salino, soluble en agua caliente, y que no se coagula por el calor. Contiene más de 80 por 100 de substancias protéicas, pero no bases aloxánicas. Winkler ha demostrado que cuando se administra á los animales, aumenta la cantidad de hierro depositado en el hígado y en el bazo. Silberstein ha empleado con éxito el fersan en la anemia debida á la sífilis, en la consecutiva á las metrorragias, y como agente nutritivo en los niños convalecientes de enfer-

medades específicas agudas. El fersan se absorbe únicamente en el intestino, y su absorción es completa porque las heces no contienen cloruro de hierro como cuando se administran otras preparaciones ferruginosas. La dosis es de tres á seis cucharaditas por día.

(*British Med. Journal*).

*
**

Las pérdidas británicas en el África del Sud y la salud de las tropas.—*The Lancet*, de fecha 30 de Junio de 1900, y de acuerdo con las cifras oficiales publicadas por el Ministerio de la Guerra, estima las bajas habidas hasta el 23 de Junio (sin contar los heridos y enfermos existentes en los hospitales ingleses del África del Sud) en 26.926, repartidos así:

	Oficiales.	Clases y soldados.
Muertos en acción.....	250	2.384
Muertos á consecuencia de heridas recibidas.....	68	589
Extraviados y prisioneros (exclusive los que han sido recuperados).....	37	1.650
Muertos por enfermedades.....	125	3.985
Muertos accidentales.....	—	66
Inválidos repatriados.....	784	16.359
	1.264	25.032

En este periódico, y con la misma fecha, encontramos los siguientes datos respecto á la salud de las tropas en campaña:

Salvo unos pocos casos de escarlatina, que no ha podido tomar carácter epidémico, gracias al aislamiento riguroso á que fueron sometidos en el hospital imperial de la *Yeomanry*, hay en la sección médica del hospital sólo tres enfermedades que se destacan: la fiebre tifoidea, la disentería y el reumatismo. Las fatigas de una campaña, expuestos los soldados sin abrigo á la lluvia y á crueles vientos, dotados de raciones insuficientes, parecen haber desempeñado importantísimo papel en la etiología de la disentería y del reumatismo.

Se vió en muchas ocasiones debutar el ataque de disentería en soldados expuestos durante tres noches sin tiendas, á la lluvia, hallándose luego obligados á dejar secar sus ropas sobre el cuerpo durante las marchas del siguiente día. Esta exposición á la intemperie, disminuye quizá la vitalidad del intestino y hace al soldado más apto para dejarse infectar por la ameba de la disentería, que bebe repetidas veces en el agua inmundada que le sirve para apaciguar la sed durante la marcha.

No se ha podido encontrar en ninguno de los casos de disentería la ameba característica.

La mayor parte de los pacientes padecen de fiebre tifoidea, con gran depresión del pulso y del aparato circulatorio en general, lo que parece deberse á las excesivas fatigas á que son sometidos los soldados antes de caer enfermos, pues cabalgan y marchan muchas horas seguidas, durante días enteros, lo que indudablemente debilita el poder de resistencia del corazón en una enfermedad que, como se sabe, ataca fuertemente todo el sistema muscular de la economía.

En todos los casos de diagnóstico dudoso se ha recurrido á la reacción de Widal.

Se ha observado en un caso la asociación de la reacción de Widal con el hallazgo del plasmodium malárico. Se ha observado en otros la ausencia de la reacción de Widal en casos comprobados de fiebre tifoidea, y en cambio, se la observó, muy manifiesta, en un caso de disentería, en que la autopsia demostró la ausencia de las lesiones tifoideas.

Parece, dice el corresponsal de *The Lancet*, demasiado prematuro condenar las inoculaciones anti-tifoideas, aunque no es indudable que impiden el estallido de la enfermedad, y parece dudoso que los inoculados demuestren mayor inmunidad que los no inoculados. Ataques benignos hánse presentado en las dos clases de pacientes, y dos inoculados han fallecido en este hospital (Deelfontein).

Basándose en conceptos *à priori*, difícil es esperar éxitos con un tratamiento seroterápico preventivo de una enfermedad que después de haber existido por tres semanas, no libra al paciente de una recurrencia.

Los tifoideos son objeto en el hospital de Deelfontein, de particular cuidado. Son recibidos en tiendas aisladas y tienen á su disposición hermanas y enfermeros especiales que no atienden otra clase de enfermedad. Además se ha construido una letrina exclusivamente para tifoideos en el centro de las tiendas ocupadas por éstos, donde se desinfectan las deposiciones antes de destruirlas, y donde todas las ropas infectadas se mantienen sumergidas durante veinticuatro horas en una solución de lisol, antes de ser entregadas al lavadero.

Concluye el corresponsal hablando de dos importantes casos de recidiva de fiebre tifoidea ocurridos el primero, á los diez ú once días después de la desaparición del primer ataque, con escasa fiebre que desapareció al octavo día, para reaparecer después de cinco días acompañada de una perforación intestinal, que le ocasionó la muerte á pesar de habersele practicado la laparatomía y haberla suturado. La autopsia demostró la existencia de una sola úlcera tifoidea (la perforada) y de otras muchas ya cicatrizadas. Este caso demuestra que la recidiva puede depender de una sola ulceración tifoidea, y, además, indica la necesidad de tratar las recaídas con tanto cuidado como el ataque primitivo por más leve que parezca.

En el segundo caso, la recidiva ocurrió á las cinco semanas,

acompañándose de aumento de volumen del bazo y erupción petequeial.

(*The Lancet*).

*
*
*

El extracto fluido de frutos de serbal como laxante.—Aun cuando las bayas de serbal (*sorbus aucuparia*) sean consideradas generalmente como dotadas de propiedades astringentes y antidiarréicas, el extracto fluido de esos frutos ejerce—según el Doctor A. A. Kroupetzky, docente de patología interna en la Facultad de Medicina de Youriev—una acción laxante sumamente marcada, que permite utilizarlo en el tratamiento del estreñimiento habitual.

Ese extracto es un líquido rojo oscuro, de un olor y de un sabor agradables. Según el grado del estreñimiento y la edad del paciente, se prescribe de él una dosis que varía de 20 gotas á una cucharada común, que se repite dos ó tres veces por día. El efecto laxante se produce diez horas próximamente después de la última toma, siendo debido á la acción de la sorbina, glucósido contenido en las bayas de serbal y análogo á la mannita, desde el punto de vista de su influencia sobre el intestino.

(*La Sem. Méd.*)

*
*
*

El aire comprimido.—M. Mosso: Sabido es que una atmósfera que encierra hasta 50 por 100 de óxido de carbono, no es mortal para el ratón, á condición de que contenga oxígeno puro á la presión de dos atmósferas. Una observación análoga he podido hacer en otros animales de mayor corpulencia (monos, perros, conejos): una mezcla gaseosa en que el óxido de carbono alcanza la proporción de 6 por 100, carece de efectos nocivos si el oxígeno está en ella á la presión de dos atmósferas, ó el aire á la de 10 atmósferas, siendo así que 0,5 por 100 de óxido de carbono acarrea la muerte á la presión ordinaria.

He visto, además, que, cuando los animales son retirados bruscamente del medio oxicarbonado y colocados al aire libre, mueren inmediatamente; en cambio, cuando se purifica progresivamente la mezcla que respiran, prodúcese un verdadero lavado de su sangre, y, al cabo de media hora próximamente, pueden ser colocados en el medio normal sin correr peligro alguno. Esta particularidad me parece interesante desde el punto de vista terapéutico; es frecuente observar, en efecto—en los accidentes de mina, por ejemplo—una supervivencia de algunas horas ó de algunos días en los obreros asfixiados, y hasta es probable que algunos de estos pacientes serían salvados si fuera posible colocarles, inmediatamente después del accidente, en una atmósfera conteniendo oxígeno comprimido.

(*Acad. de ciencias de París*).

*
*
*

Barniz para las manos del Cirujano.—Sabido es que numerosos Cirujanos se sirven desde hace algún tiempo—para asegurar la asepsia operatoria—de guantes de caucho. Pero pretendiendo algunos que el empleo de este género de guantes no deja de presentar ciertos inconvenientes, se ha buscado un procedimiento más sencillo para impedir el contacto entre las manos del operador y el campo operatorio.

Con este fin, se ha propuesto, en nuestro país y en el extranjero, el medio de cubrirse las manos con un barniz aislante y aséptico, realizando de este modo la idea de un verdadero guante impermeable. Sin embargo, como quiera que los productos preconizados hasta hoy eran de composición secreta, la regla que se ha impuesto siempre nuestro periódico no nos había permitido dar oportunamente cuenta de esos ensayos. Estas razones dejan de existir por lo que respecta á un nuevo barniz que acaba de dar á conocer el Dr. J. Lévai (de Budapest), y del cual revela la fórmula.

Para preparar ese barniz, se toma una mezcla de una parte de copal y de dos partes de trementina de Venecia, que se hace calentar á un suave calor, removiendo constantemente hasta que se produzca una masa vídriosa, perfectamente homogénea. Cuando está fría, se disuelve esta substancia en 100 partes de éter sulfúrico, luego se le agregan 100 partes de colodion no ricinado. La solución obtenida de este modo es ligeramente turbia; pero se la hace volver clara añadiéndola ocho partes de acetona.

Aplicada sobre las manos por medio de un pincel esterilizado, esta preparación forma, al cabo de algunos minutos, una película muy adherente á la piel, perfectamente blanda, que no dificulta los movimientos, y que no embota en nada la finura y delicadeza del tacto. Una vez terminada la operación, el Cirujano se quita ese barniz con mucha facilidad frotándose las manos con una compresa empapada de una mezcla de dos partes de éter por una parte de alcohol.

La sola objeción que se puede hacer á ese barniz es que no soporta el contacto del agua á 50°; pero este inconveniente es de poca importancia, pues el empleo del agua caliente puede ser evitado durante el curso de la intervención operatoria propiamente dicha.

Es inútil decir que, antes de la aplicación de la solución resinosa, es indispensable desinfectarse cuidadosamente las manos. Se puede incorporar también al líquido una cierta cantidad de sublimado; pero esta precaución no parece que ofrezca gran ventaja, dado que las substancias que entran en su composición son ya de suyo sumamente antisépticas.

(*La Sem. Méd.*)

*
**

Tratamiento rápido de las ampollas del pie.—Según el Doctor H. Ward (de Londres), el mejor tratamiento de las gruesas flictenas producidas por la marcha, consiste en cortar completamente con

las tijeras los tejidos epidérmicos levantados por el derrame seroso, en enjugar luego cuidadosamente la superficie denudada y en aplicar á ella varias capas de colodion salicilado. Se cubre todo con una rodaja de tela que rebasa los bordes de la pérdida de substancia, y fijada por medio de unas cuantas nuevas capas de colodion salicilado. Si se trata de vesículas de grandes dimensiones, es necesario renovar esta cura tan luego como empieza á desprenderse, lo cual se produce al cabo de dos ó tres días. El contacto del éter con la llaga provoca una ligera sensación dolorosa, por lo demás transitoria; pero una vez la cura en su sitio, el paciente puede seguir andando sin experimentar ni molestia ni dolor. Cuando el Médico se halla en presencia de una ampolla muy irritada y hemorrágica, es útil, antes de instituir el tratamiento que acabamos de describir, calmar los fenómenos inflamatorios con ayuda de simples lociones antisépticas, continuadas durante uno ó dos días.

(*La Sem. Méd.*)

*
*
*

Linfa antipestosa.—MM. C. Terni é I. Bandi, describen un procedimiento que permite obtener rápidamente una linfa antipestosa, la cual presenta ciertas ventajas sobre el suero antipestoso de Haffkine.

Consiste en inyectar en la cavidad peritoneal de un conejo de India ó de un conejo, caldo de Löffler en cantidad variable, según el peso del animal; en ese caldo se ha desleído previamente una pequeña dosis de cultivo reciente y muy virulento de la peste sobre gelosa. De esta manera se provoca una peritonitis pestosa, mortal al cabo de treinta y seis á cuarenta y ocho horas. Inmediatamente después de la muerte espontánea del animal, ó bien después de haberlo sacrificado durante la agonía (lo cual permite evitar la penetración de los microbios intestinales en el peritoneo), se recoge, siguiendo todas las reglas de la asepsia, el exudado peritoneal, que encierra numerosos bacilos pestosos, leucocitos y células epiteliales; si es espeso se le diluye en la solución fisiológica de cloruro de sodio y se le coloca, durante doce horas, en el autoclave á 37°. Luego, para esterilizar la linfa sin coagular las suero-albúminas que contiene, se le somete durante dos horas por día, dos días consecutivos á la acción de una temperatura de 50° á 52°. Finalmente, se le agrega ácido fénico en solución acuosa á 0'50 por 100, carbonato de sosa á 0'25 por 100 y cloruro de sodio á 0'75 por 100, en cantidad variable, según la proporción de los elementos figurados.

Como así lo han demostrado ensayos comparados, este líquido, inyectado á conejos de Indias y á ratas, á la dosis de 0'10 á 0'20 cc., confiere á estos animales *vis-à-vis* de la peste, una inmunidad activa, que se establece á partir del cuarto ó del quinto día después de la inoculación, al paso que con el suero de Haffkine, este resultado no es obtenido hasta diez ó doce días después. Además, á causa del contenido de la linfa en elementos figurados, ricos en antitoxi-

nas, la reacción, tanto local como general, es sensiblemente menos viva que después de la inyección de suero de Haffkine.

Los Dres. Terni y Bandi han podido asegurarse también, por experimentos hechos en el hombre sano, que su linfa, inyectada á la dosis de 2 cc. 5 en el adulto y de 1 cc. á 1 cc. 5 en el niño, no provoca ninguna especie de trastorno, y que el suero sanguíneo de los sujetos así inoculados se vuelve, al cabo de ocho ó diez horas, impropio para el desarrollo del bacilo de la peste.

(*Deutsche med. Wochensch.*)

SECCIÓN PROFESIONAL

TRANSPORTES.

«*Circular.*—Excmo. Sr.: Concedido por Real Orden de 5 de Septiembre de 1895 (*C. L.* núm. 292) el abono de pasaje terrestre, desde el punto de residencia al de embarco, y desde el de desembarco al de destino á los Generales, Jefes y Oficiales y sus familias cuando van ó vienen destinados ó viajan con carácter forzoso entre la Península y las Islas Canarias, y hecho extensivo este derecho por Real Orden de 5 de Octubre del mismo año (*C. L.* núm. 326), al personal que pasa destinado á las Islas Baleares, Ceuta, Melilla y demás plazas de Africa, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que, á partir de esta fecha y en los casos en que se solicite por los interesados, se les expida el pasaporte en condiciones de que puedan verificar su incorporación al punto de embarco para los expresados distritos y posesiones, haciendo uso indistintamente de las vías férreas y marítimas, cuando el importe del viaje resulte más económico que el pasaje terrestre que conceden las dos Soberanas disposiciones antes citadas.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 19 de Julio de 1900.—Azcárraga.—Sr.»

CERTIFICACIONES DE SOLTERÍA.

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito del Capitán General de Andalucía consultando si á los Jefes y Oficiales y sus asimilados del ejército, cuyas hojas de servicio no se han recibido ó se han extraviado, pueden expedírseles certificados de soltería por medio de la relación jurada; teniendo en cuenta lo consignado en la Real Orden de 13 del mes de Marzo último (C. L. núm. 51), y de acuerdo con lo informado por el Consejo Supremo de Guerra y Marina, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer que en todos los casos á que se refiere la presente consulta, se facilite á los Oficiales que lo soliciten, una certificación en que conste el motivo por el cual no puede expedírseles el certificado de soltería, á fin de que entonces los interesados puedan acreditar su estado civil en la misma forma que las personas que no pertenecen al ejército.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 20 de Julio de 1900.—Azcárraga.—Sr.....»




NECROLOGÍA

Don Francisco Planchuelo y Anoz.—Nació en Sigüenza (Guadalajara) el día 4 de Octubre de 1871, y se graduó de licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid, el 9 de Junio de 1894.

Previa oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de Médico segundo, por Real Orden de 29 de Septiembre de 1896, siendo destinado á la fábrica de armas de Oviedo, y al mes siguiente al ejército de Filipinas, desembarcando en Manila el 7 de Enero de 1897.

Destinado al batallón de Cazadores, número 3, asistió con dicho

Cuerpo á las operaciones de campaña hasta Julio de 1897, que se encargó de la estación sanitaria de Silang, y en Diciembre del mismo año pasó destinado al batallón de Cazadores, número 12, con el que siguió en operaciones de campaña. En 13 de Junio de 1898 fué hecho prisionero por los insurrectos, en cuya situación permaneció hasta el 26 de Julio de 1899, que fué libertado; regresando á la Península en Octubre de dicho año, é incorporándose, posteriormente, á su destino en el 8.º regimiento montado de Artillería, que desempeñó hasta último, que fué trasladado al regimiento de Guipúzcoa, de guarnición en Vitoria.

El día 17 del mes de Octubre próximo pasado, falleció en dicho punto á consecuencia de una peritonitis.

Había alcanzado el empleo de Médico primero con la antigüedad de 29 de Septiembre de 1898.

Por los méritos contraídos en la campaña de Filipinas le fueron concedidas dos cruces rojas de primera clase del Mérito Militar; otra de la misma clase y distintivo, pensionada; Mención honorífica y medallas del Mérito Civil y de Voluntarios Movilizados.



VARIEDADES

En el mes de Octubre próximo pasado, ha sido amortizada una vacante de Subinspector médico de primera clase.

* * *

El Inspector médico de primera clase D. Antonio Serrano y Borrego, ha sido nombrado Consejero de Sanidad del Reino.

* * *

Hemos recibido una carta del Sr. Chicote, Director del Laboratorio municipal de Madrid, explicando un incidente motivado por el análisis de un glicerofosfato de cal. Como la falta de espacio nos impide publicar íntegra dicha carta, nos limitamos á consignar que en ella se demuestra la justificada competencia del citado Establecimiento.